

Pathologie non traumatique de l'épaule : les traitements médicaux

Les anti-inflammatoires non stéroïdiens, les infiltrations cortisoniques, la kinésithérapie sont la base du traitement des tendinopathies de la coiffe des rotateurs. La chirurgie ne doit être proposée que dans des indications très limitées.

Thierry Thomas*, Johann Beaudreuil **

La pathologie non traumatique de l'épaule recouvre un champ très large de pathologies dont le déterminisme mais aussi la prise en charge médico-chirurgicale sont très variables.

Notre propos sera donc centré sur la pathologie de la coiffe des rotateurs, rentrant dans le cadre d'une épaule douloureuse chronique sans instabilité de l'adulte. Cela sous-entend que dans la démarche diagnostique conduite face à une épaule douloureuse et visant à assurer un diagnostic lésionnel indispensable, ont été écartées, outre les instabilités, les affections neurogènes locales ou régionales, les arthropathies acromio-claviculaires et gléno-humérales mécaniques, inflammatoires et infectieuses. La capsulite rétractile, dont la présentation clinique est également celle d'une épaule douloureuse et enraidie fait l'objet d'un chapitre particulier de cette monographie (v. p. 1536).

LES TENDINOPATHIES NON CALCIFIANTES DE LA COIFFE DES ROTATEURS

Traitements médicamenteux systémiques et locaux

Une méta-analyse récente de la *Cochrane Library* s'est intéressée à l'efficacité des interventions thérapeutiques usuelles pour épaule douloureuse, notamment les traitements oraux anti-inflammatoires stéroïdiens et non stéroïdiens (AINS), les infiltrations intra-articulaires et sous acromiales de dérivés cortisoniques.¹ Trente et un essais cliniques ont été sélectionnés sur la base de critères minimaux de recherche clinique de randomisation et d'évaluation au cours d'une recherche bibliographique remontant jusqu'en 1998. En dépit d'une recherche élargie, aucun essai évaluant l'effet d'antalgiques n'a été identifié. Cette

* Service de rhumatologie, CHU de Saint-Étienne, Inserm E0366, 42055 Saint-Étienne Cedex 2. ** Fédération de rhumatologie, hôpital Lariboisière, 75475 Paris Cedex 10. Courriel : thierry.thomas@univ-st-etienne.fr

revue met avant tout en exergue le manque d'uniformité des critères diagnostiques, des protocoles thérapeutiques, ainsi que des modalités d'évaluation et d'expression des résultats. Ces limites énoncées, et après méta-analyse des données disponibles, les seules conclusions autorisées rapportent l'efficacité des AINS et des infiltrations sous-acromiales de dérivés cortisoniques sur la mobilité articulaire comparativement au placebo, au cours des tendinopathies de la coiffe des rotateurs définies cliniquement.

Les ponctions et infiltrations écho- ou radioguidées sont largement utilisées au cours des tendinopathies dégénératives de la coiffe des rotateurs, rompues ou non. La méta-analyse de Buchbinder et al.,² traitant plus spécifiquement des injections de dérivés cortisoniques pour épaule douloureuse, suggère l'efficacité des infiltrations sous-acromiales comparativement au placebo, au cours des tendinopathies de la coiffe des rotateurs, en termes, cette fois, de douleur, d'amplitude et de fonction à 4 semaines. Les auteurs soulignent cependant que malgré le nombre important d'études sur les injections de corticoïdes, la taille réduite des effectifs, la faible qualité méthodologique et l'hétérogénéité des résultats ne permettent de tirer aucune conclusion solide pour guider le traitement. Deux essais démontrent, en outre, un intérêt supérieur en termes algo-fonctionnels à 2 et 6 semaines d'une vérification bursographique et d'un guidage échographique comparativement au simple repérage anatomique dans la réalisation des infiltrations sous-acromiales.^{3,4} Le site habituel des infiltrations de dérivés cortisoniques est la bourse sous acromio-deltôïdienne, en particulier lorsqu'il existe une bursite dont la démonstration, en échographie par exemple, est toujours symptomatique. L'intensité des douleurs, leur retentissement sur le sommeil sont des éléments cliniques importants pour retenir leur indication.

Il faut par ailleurs préciser que dans ces travaux de synthèse, les tendinopathies calcifiantes n'ont pas fait l'objet de recherche spécifique et qu'elles n'ont le plus souvent pas été exclues des études utilisant des critères d'inclusion purement cliniques.

Traitements de rééducation

L'apport de la physiothérapie et de la kinésithérapie* dans ces indications est conforté par deux revues systématiques traitant spécifiquement des modalités rééducatives.^{5,6} Les auteurs soulignent là encore le fait que les preuves sont faibles, tirées de quelques études à la méthodologie discutable.

Stratégie thérapeutique

Les places respectives du traitement médical et chirurgical n'ont fait l'objet d'aucune étude spécifique. Selon les recommandations d'experts, on considère actuellement que le traitement médical reste la prise en charge de première intention des pathologies non traumatiques de

l'épaule, avec pour objectif la récupération de l'antalgie et de la mobilité articulaire. Ce traitement peut être isolé ou préparatoire à une chirurgie ultérieure.⁷

Tendinopathies dégénératives non rompues non calcifiantes

Les publications spécifiquement centrées sur les tendinopathies dégénératives non rompues, une dizaine d'études au total, ne changent pas les conclusions portées sur la base d'une analyse globale des résultats au cours des tendinopathies de la coiffe des rotateurs. Anti-inflammatoires non stéroïdiens et infiltrations sous-acromiales de dérivés cortisoniques voient ici leur intérêt confirmé pour soulager le patient. Il s'agit le plus souvent d'un préalable indispensable pour assurer une rééducation dans de bonnes conditions.

Dans les études évaluant différentes modalités de kinésithérapie au cours des tendinopathies non rompues, les programmes associant exercices de mobilisation articulaire et renforcement musculaire ont le meilleur effet en termes algo-fonctionnels.

Il faut souligner qu'il n'a pas été montré de supériorité de l'acromioplastie arthroscopique par rapport au traitement médical après 2,5 ans de suivi.⁸ Les indications de ce type d'intervention chirurgicale palliative se sont d'ailleurs largement réduites et il est maintenant surtout réservé aux conflits sous-acromiaux primitifs avec acromions crochus, agressifs pour la face superficielle de la coiffe des rotateurs. Il faut, par ailleurs, préciser que les ondes de choc extracorporelles n'ont pas montré d'effet supérieur au placebo dans le traitement des tendinopathies non calcifiantes.

Tendinopathies dégénératives rompues

Les méta-analyses précédemment citées ne permettent pas d'individualiser suffisamment d'études abordant spécifiquement, et sur une base expérimentale fiable, le traitement médical des ruptures tendineuses de la coiffe des rotateurs. La prise en charge médicale des ruptures tendineuses de la coiffe des rotateurs ne peut donc être considérée comme fondamentalement différente de celle applicable à l'ensemble des tendinopathies. Le raisonnement repose sur la grande fréquence des ruptures de coiffe asymptomatiques après 60 ans (plus de 30 %) et sur l'évolution favorable des symptômes chez de nombreux patients, malgré l'absence de cicatrisation spontanée de ces ruptures.

La localisation intra-articulaire des infiltrations, logiquement proposée en cas de rupture tendineuse trans-

* *Prescription type*: Faire par masseur kinésithérapeute diplômé d'état, 15 séances de massage-rééducation de la ceinture scapulaire droite dans son ensemble, en insistant sur la récupération des amplitudes passives puis actives. Cette prescription doit s'associer à une communication directe avec le kinésithérapeute, par oral ou par écrit, pour lui préciser le diagnostic et les objectifs.

Arthropathies destructrices de l'épaule

Les arthropathies destructrices de l'épaule constituent un cadre nosologique hétérogène dans lequel figurent plusieurs entités, souvent semblables mais aux appellations différentes. La première description française d'arthropathie destructrice de l'épaule est attribuée à de Sèze et al. sous le nom de « carie sénile hémorragique ».¹ L'épaule sénile hémorragique, très analogue à la précédente, n'est pas toujours destructrice. Nous ne détaillerons donc ici que deux formes d'arthropathie de l'articulation gléno-humérale particulièrement agressives : l'arthropathie destructrice rapide de l'épaule, singulière par sa rapidité d'évolution, et l'épaule de Milwaukee qui a fait discuter de l'imputabilité des cristaux d'apatite dans la genèse des lésions ostéochondrales.

L'ARTHROPATHIE DESTRUCTRICE RAPIDE DE L'ÉPAULE

Elle se caractérise par une chondrolyse rapide de l'articulation gléno-humérale, puis par une fonte de la tête humérale, qui perd 25 à 100 % de sa surface radiographique en moins de 6 mois. Cette arthropathie idiopathique, décrite en 1982 par Lequesne, Strauss et al.,¹ est une forme rapidement destructrice de l'épaule sénile dégénérative, sans autre cause décelable qu'une rupture des tendons de la coiffe des rotateurs.

L'arthropathie destructrice rapide de l'épaule est rare, et touche des femmes de plus de 65 ans, dont les radiographies de l'épaule révèlent des signes de détérioration de la coiffe des rotateurs, préalable à l'ostéolyse. L'atteinte est rarement bilatérale et ne prédomine pas au membre dominant.

Les facteurs étiologiques sont incertains. Un traumatisme précède assez souvent le développement de l'arthropathie. L'âge et le sexe féminin des patients rendent possible une ostéoporose. La rupture de coiffe peut permettre l'usure de la partie supéro-externe de la tête sur l'acromion, mais cette usure ne semble pas toujours majeure et l'érosion de la tête peut être exclusivement interne et alors inexplicable par ce mécanisme.

Cliniquement, la maladie évolue en deux phases. La première phase, au cours de laquelle se constituent les destructions, est hyperalgique. La douleur est alors importante, diurne et nocturne, augmentée par les mouvements, et l'impotence est grande. Le gonflement de l'épaule est rare, mais la limitation des mouvements actifs (élévation latérale et rotation externe surtout), et parfois passifs, est souvent prononcée. Cette phase dure de quelques mois à 2 ans. À son issue, la douleur s'atténue ou disparaît, mais il persiste un enraidissement, souvent important, de l'épaule.

Les radiographies initiales, lorsqu'elles sont disponibles, montrent un pincement rapide de l'interligne gléno-huméral, puis l'ostéolyse de la partie interne ou supéro-

La vitesse de sédimentation est normale ou modérément augmentée. L'épanchement articulaire est inconstant, paucicellulaire et hémorragique.¹

Insistons sur le fait que le diagnostic d'arthropathie destructrice rapide de l'épaule ne peut être retenu qu'après avoir formellement éliminé les autres causes d'arthropathies rapides de l'épaule : arthrites septiques, arthropathies nerveuses, épaule syringomyélique surtout, nécrose ischémique de la tête humérale et l'arthropathie destructrice chondrocalcinose de l'épaule.

ÉPAULE DE MILWAUKEE

Mc Carty et al. ont rapporté, en 1981, les cas de quatre patientes âgées de 63 à



Figure Arthropathie destructrice de l'épaule.

interne de la tête humérale, souvent accompagnée de l'apparition passagère de débris calciques dans l'aire articulaire ou dans le fond de la bourse sous-deltaïdienne. Il n'y a pas d'ostéophytose, ni d'atteinte de la glène, mais l'ascension de la tête humérale est marquée, avec parfois une érosion secondaire de la face inférieure de l'acromion.

90 ans, chez qui s'associaient une arthropathie de l'articulation gléno-humérale de type dégénératif, une rupture de la coiffe des rotateurs, des opacités calciques périarticulaires et un épanchement articulaire paucicellulaire et hémorragique. Cette entité fut nommée « épaule de Milwaukee », du nom de la ville où les auteurs travaillaient.²

L'étude du liquide articulaire et de la membrane synoviale de ces patientes a permis de mettre en évidence la présence de microsphérules apatitiques.^{3,4} Les auteurs ont alors émis l'hypothèse d'un rôle délétère et initiateur de ces cristaux de phosphate de calcium basique dans la genèse de l'atteinte ostéochondrale et tendineuse. On peut ainsi décrire un cercle vicieux, dans lequel les cristaux de phosphate de calcium basique détruiraient les structures articulaires, libéreraient les cristaux calciques que ces structures contiennent, conduisant ainsi à de nouvelles destructions.^{2,4}

Dieppe et al. ont, peu après, décrit des arthropathies destructrices à apatite, pouvant intéresser d'autres articulations que l'épaule et dans lesquelles le liquide articulaire pouvait être de type inflammatoire.⁵ La vitesse de progression des destructions, souvent bilatérales, n'est pas précisée dans ces publications, mais il semble qu'elle soit parfois rapide, ce qui les rattache dans ce cas aux arthropathies destructrices rapides de l'épaule.

Il apparaît actuellement difficile de retenir la responsabilité des cristaux de phosphate de calcium comme seuls agents pathogènes

de ces arthropathies destructrices de l'épaule chez les sujets âgés, dans la mesure où la découverte, dans le liquide articulaire, de microcristaux naturellement présents dans l'os sous-chondral peut être considérée comme non spécifique dans une arthropathie destructrice érodant l'os.

TRAITEMENT DES ARTHROPATHIES DESTRUCTRICES DE L'ÉPAULE

Le traitement de ces arthropathies est essentiellement symptomatique. Les synoviorrhèses isotopiques peuvent permettre de réduire l'importance de l'épanchement.⁶ La mise en place d'une prothèse d'épaule est rendue hasardeuse par l'existence d'une rupture, généralement étendue, de la coiffe des rotateurs. La tolérance fonctionnelle de l'arthropathie, une fois les douleurs calmées par les antalgiques, voire les anti-inflammatoires non stéroïdiens, peut être relativement bonne.

Pascal Richette, Thomas Bardin
Fédération de rhumatologie, hôpital Lariboisière,
75475 Paris Cedex 10.
Courriel : pascal.richette@lrh.ap-hop-paris.fr

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.

1. **Lequesne M, Fallut M.** Arthropathie destructrice de l'épaule In: de Seze S, Ryckewaert A, Kahn MF, Glimet T. L'actualité rhumatologique. Paris : Expansion Scientifique Française, 1993:89-98.
2. **McCarty DJ, Halverson PB, Carrera GF, Brewer BJ, Kozin F.** "Milwaukee shoulder", association of microspheroids containing hydroxyapatite crystals, active collagenase, and neutral protease with rotator cuff defects. I. Clinical aspects. *Arthritis Rheum* 1981;24:464-73.
3. **Halverson PB, Cheung HS, McCarty DJ, Garancis J, Mandel N.** "Milwaukee shoulder", association of microspheroids containing hydroxyapatite crystals, active collagenase, and neutral protease with rotator cuff defects. II. Synovial fluid studies. *Arthritis Rheum* 1981;24:474-83.
4. **Garancis JC, Cheung HS, Halverson PB, McCarty DJ.** "Milwaukee shoulder", association of microspheroids containing hydroxyapatite crystals, active collagenase, and neutral protease with rotator cuff defects. III. Morphologic and biochemical studies of an excised synovium showing chondromatosis. *Arthritis Rheum* 1981;24:484-91.
5. **Dieppe PA, Doherty M, Macfarlane DG, Hutton CW, Bradfield JW, Watt I.** Apatite associated destructive arthritis. *Br J Rheumatol* 1984;23:84-91.
6. **Giraudet-Le Quintrec JS, Job-Deslandre C, Menkes CJ.** Les arthropathies destructrices de l'épaule. Essai de traitement par synoviorrhèse isotopique. *Rev Rhum Mal Osteoartic* 1989;56:111-4.

fixiante, n'est actuellement pas validée par des travaux scientifiques. L'usage et la place des injections sous-acromiales radio- ou échoguidées de dérivés cortisoniques reposent sur l'argumentaire indirect commun à l'ensemble des tendinopathies de la coiffe des rotateurs.

La mise en évidence de facteurs pronostiques d'une éventuelle réparation chirurgicale conditionne la stratégie thérapeutique globale de ces ruptures. Ainsi l'âge, les caractéristiques des lésions anatomiques, mais aussi la motivation du patient à suivre un programme rééducatif pré- et surtout postopératoire long, son statut socioprofessionnel, sont autant d'éléments à prendre en compte. Le retentissement néfaste d'un enraidissement préopératoire impose, de toute façon, un traitement médical de première intention pour récupérer une épaule souple. Enfin, l'apparition progressive d'une infiltration graisseuse des muscles de la coiffe des rotateurs, particulièrement après 6 mois d'évolution, est un facteur très péjoratif sur le résultat fonctionnel des réparations chirurgicales dont il faut absolument tenir compte dans leur indication.

LES TENDINOPATHIES CALCIFIANTES DE LA COIFFE DES ROTATEURS

Les traitements médicaux des tendinopathies calcifiantes de l'épaule reposent sur les infiltrations de dérivés cortisoniques écho- ou radioguidées, la physiothérapie par ultrasons, les ondes de choc extracorporelles et la ponction-lavage-aspiration. La majorité des calcifications tendineuses de l'épaule évoluent vers la résorption et on considère que seules 10 % persistent de façon prolongée, rebelles aux traitements médicaux. La vérification de leur persistance par des radiographies standard est donc un préalable nécessaire à tout geste invasif.

Physiothérapie

Les techniques de ionophorèse à l'acide acétique n'ont pas montré d'effet additif au cours des programmes de rééducation. La physiothérapie par ultrasons reste donc une des rares mesures de rééducation validées par les résultats d'une étude randomisée : diminution durable de

la taille des calcifications en radiographie standard, diminution de la douleur et amélioration de la qualité de vie des patients à l'issue d'un traitement comprenant 24 séances réparties sur 6 semaines.⁹ Il faut souligner que cette méthodologie ne correspond en général pas à la pratique quotidienne de l'utilisation des ultrasons dans cette indication. C'est donc actuellement un traitement d'appoint aux autres techniques.

Ondes de choc extracorporelles

Les ondes de chocs extracorporelles comparées à une absence d'intervention expérimentale ou à un placebo améliorent le statut algo-fonctionnel des patients évalués sur des périodes allant de 1 à 12 mois. Un effet parallèle est observé sur la taille des calcifications ab-articulaires en radiographie standard. Deux études montrent en outre l'effet radioclinique supérieur des ondes de choc de la lithotritie à haute énergie comparativement à un traite-

ment de basse énergie pour un suivi de même durée. Mais d'autres travaux n'ont pas montré des résultats aussi encourageants et la disparition complète de la calcification n'est observée que dans moins de 10 % des cas. De surcroît, la tolérance des ondes de choc à haute énergie n'est pas très bonne. La place de cette technique dans cette indication reste donc encore à préciser.

Ponction-lavage-aspiration

L'effet de la ponction-lavage-aspiration n'a pas été évalué par des études prospectives, contrôlées et randomisées. Ce geste percutané est fait sous contrôle scopique ou échographique et est souvent associé à une injection de dérivé cortisonique. Les résultats de séries ouvertes sur des effectifs de petite taille sont une amélioration algo-fonctionnelle rapide et durable, parfois précédée d'une recrudescence douloureuse précoce et transitoire de quelques jours, ainsi qu'une diminution de taille des calcifications évaluée en radiographie standard ou en échographie.

Les critères radiologiques de bons résultats permettent de retenir l'indication de ponction-lavage-aspiration lorsque la calcification est de taille suffisante (habituellement supérieure à 15 mm) avec des contours nets, uni- (type A) ou polylobée (type B).¹⁰ Sa consistance molle, également favorable à la ponction-lavage peut par ailleurs être évoquée en échographie devant l'absence de cône d'ombre. La ponction-lavage-aspiration n'est pas indiquée en cas de tendinopathie rompue, association en fait rarement observée avec une calcification de type A ou B. Dans les séries ouvertes publiées, des résultats favorables sont rapportés dans plus de 70 % des cas.

Stratégie thérapeutique au cours des tendinopathies calcifiantes

Anti-inflammatoires non stéroïdiens par voie orale, infiltrations sous-acromiales (*v. figure*) et physiothérapie par ultrasons sont des thérapeutiques simples dont l'effet démontré au cours des tendinopathies de la coiffe des rotateurs les placent au premier rang des traitements indiqués dans les lésions calcifiantes.^{1,2} La kinésithérapie prescrite pour la récupération des amplitudes articulaires, lorsque celles-ci sont limitées, et les médications antalgiques n'ont pas fait l'objet d'évaluation démontrant leur intérêt dans cette indication, mais paraissent logiques à ce stade de la prise en charge.

La ponction-lavage-aspiration est un traitement plus agressif à proposer dans les situations d'échec des traitements de première intention devant une calcification de type A ou B de taille suffisante. L'arthroscopie est le traitement de référence à proposer en dernière intention, avec de très bons résultats au prix de suites postopératoires plus longues. Enfin, la prise en charge des calcifications diffuses au sein des tendons de la coiffe des rotateurs (type C) est à rapprocher de celle des lésions dégénératives des tendons de la coiffe des rotateurs.¹²

POUR LA PRATIQUE

- L'examen clinique, première étape de la prise en charge, et les 4 temps autour desquels il s'articule font l'objet d'un consensus : interrogatoire, inspection/palpation, examen des amplitudes passives et actives et *testing* de la coiffe.
- Les radiographies standard comprennent au minimum les incidences de face dans les trois rotations, et le profil de coiffe apparaît indispensable à la prise en charge d'une épaule douloureuse au titre du diagnostic initial. L'imagerie de seconde intention est demandée par le praticien qui oriente le projet thérapeutique.
- Dans la tendinopathie calcifiante, le traitement n'est proposé qu'aux patients symptomatiques avec en première intention les anti-inflammatoires non stéroïdiens par voie orale, les infiltrations cortisoniques sous-acromiales, de préférence radio- ou échoguidées, et la physiothérapie par ultrasons. Dans les formes rebelles, la ponction-lavage-aspiration peut être proposée, l'arthroscopie apparaissant comme le traitement de dernière intention.
- Dans la tendinopathie non rompue, la kinésithérapie est axée sur la récupération et l'entretien des amplitudes articulaires ainsi que sur l'utilisation du capital musculaire, l'acromioplastie ne se discutant qu'en dernier recours chez l'adulte d'âge mûr et n'étant pas indiquée dans le traitement des tendinopathies du jeune sportif.
- Dans la tendinopathie avec rupture, en l'absence d'amélioration après un traitement médical de première intention, l'indication chirurgicale doit être discutée, en fonction de l'âge, de la demande fonctionnelle, de la taille de la rupture et du risque de dégénérescence graisseuse musculaire, avec deux types de traitements chirurgicaux à visée réparatrice si les conditions locales et générales le permettent, à visée antalgique dans les lésions non réparables de la coiffe.



Figure Infiltration radioguidée de la bourse sous-acromio-deltôïdienne.

CONCLUSION

Les stratégies thérapeutiques dans les différentes pathologies de la coiffe des rotateurs se sont beaucoup affinées au cours des dernières années. Elles reposent avant toute chose sur un bilan lésionnel qui peut en grande partie être fait avec un examen clinique complété de radiographies standard. La première étape du traitement est médicale, avec comme ligne directrice la récupération d'une épaule souple et non douloureuse. Les solutions chirurgicales sont sans cesse évolutives, comme le montre la régression de la place de l'acromioplastie, le développement des techniques de réparation sous arthroscopie ou l'avènement de la ténotomie du biceps dans la chirurgie à visée antalgique des ruptures irréparables. Ces indications doivent donc être discutées et réalisées par une équipe spécialisée. ■

Les auteurs n'ont pas transmis de déclaration de conflits d'intérêts.

SUMMARY Non-traumatic pathology of the shoulder: medical treatment

Recently published meta-analyses emphasized weak methodology of clinical research evaluating medical treatment of non-traumatic shoulder pathology. Experts recommend medical treatment as the first step in the management of rotator cuff tendinopathies, the focus of this review. This step precedes surgical treatment of rotator cuff tear with the objective of recovering passive motion of the shoulder. It can be the unique therapeutic phase of rotator cuff tear or simple tendinopathy when clinical results match functional needs of the patient. Therefore, the physician prior treatment has to establish a lesion diagnostic, which is necessary to propose an appropriate strategy. Medical treatment includes NSAID, local injections of corticosteroids and physiotherapy with the double objective of a painless shoulder and normal range of motion. In case rotator cuff calcifying tendinitis, medical treatment is specific with first NSAID and local injections of corticosteroids, second needle aspiration and third arthroscopic removal, which remains the gold-standard procedure when other treatments failed.

Rev Prat 2006; 56: 1550-55

RÉSUMÉ Pathologie non traumatique de l'épaule : les traitements médicaux

De récentes méta-analyses ont souligné la faible méthodologie des études cliniques ayant évalué le traitement médical des pathologies non traumatiques de l'épaule, notamment les tendinopathies calcifiantes ou non de la coiffe des rotateurs abordées dans cette revue. Les recommandations d'experts font du traitement médical la prise en charge de première intention des tendinopathies rompues ou non rompues, soit comme préalable à une intervention de réparation chirurgicale, soit comme seul traitement si le résultat obtenu satisfait les exigences fonctionnelles du patient. L'établissement d'un diagnostic lésionnel apparaît donc comme un préalable indispensable à l'élaboration de cette stratégie. Les bases du traitement médical reposent sur les anti-inflammatoires non stéroïdiens et les infiltrations locales de corticoïdes d'une part, sur la kinésithérapie d'autre part avec pour objectif de récupérer une épaule souple et non douloureuse. Dans le cas particulier des tendinopathies calcifiantes, les différentes étapes du traitement reposent d'abord sur les anti-inflammatoires non stéroïdiens et les infiltrations, puis sur la ponction-lavage avant l'arthroscopie qui reste le traitement de référence de dernier recours.

RÉFÉRENCES

- Green S, Buchbinder R, Glazier R, Forbes A. Interventions for shoulder pain. Cochrane Database Syst Rev 2000;2:CD001156.
- Buchbinder R, Green S, Youd JM. Corticosteroid injections for shoulder pain. Cochrane Database Syst Rev 2003;1:CD004016.
- Eustace JA, Brophy DP, Gibney RP, Bresnihan B, Fitzgerald O. Comparison of the accuracy of steroid placement with clinical outcome in patients with shoulder symptoms. Ann Rheum Dis. 1997;56:59-63.
- Naredo E, Cabero F, Beneyto P, et al. A randomized comparative study of short term response to blind injection versus sonographic-guided injection of local corticosteroids in patients with painful shoulder. J Rheumatol 2004;31:308-14.
- Green S, Buchbinder R, Hetrick S. Physiotherapy interventions for shoulder pain. Cochrane Database Syst Rev 2003;2:CD004258.
- Desmeules F, Cote CH, Fremont P. Therapeutic exercise and orthopedic manual therapy for impingement syndrome: a systematic review. Clin J Sport Med 2003;13:176-82.
- Recommandations pour la pratique clinique. Modalités de prise en charge d'une épaule douloureuse chronique non instable chez l'adulte (avril 2005). <http://www.has-sante.fr>
- Brox JI, Gjengedal E, Uppheim G, et al. Arthroscopic surgery versus supervised exercises in patients with rotator cuff disease (stage II impingement syndrome): a prospective, randomized, controlled study in 125 patients with a 2 1/2-
- Ebenbichler GR, Erdogmus CB, Resch KL, et al. Ultrasound therapy for calcific tendinitis of the shoulder. N Engl J Med 1999;340:1533-8.
- Noel E, Charrin J. Extracorporeal shock wave therapy in calcific tendinitis of the shoulder. Rev Rhum Engl Ed 1999;66:691-3.